

UNIVERSITE DE CLERMONT-FERRAND
FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1965.

N° 32

THESE
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)
par
Jacques-François PETIT
né le 21 mai 1939 à Montmarault (Allier).

Présentée et soutenue publiquement le : Lundi 25 octobre 1965.

A PROPOS DE DEUX CAS
DE VOLVULUS
DE LA VESICULE BILIAIRE.

Président : M. GERMAIN, Professeur.

Membres du Jury :

MM. BARRIER (Professeur
MERCIER (Professeur Agrégé.
DELAGE Maître de conférences Agrégé.

EDITIONS A. G. E. M. P. - 8, RUE DANTE - PARIS (5e)

UNIVERSITE DE CLERMONT-FERRAND
FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1965.

N°

THESE
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)
par
Jacques-François PETIT
né le 21 mai 1939 à Montmarault (Allier).

Présentée et soutenue publiquement le : Lundi 25 octobre 1965.

A PROPOS DE DEUX CAS
DE VOLVULUS
DE LA VESICULE BILIAIRE.

Président : M. GERMAIN, Professeur.

Membres du Jury :

MM. BARRIER (Professeur
MERCIER (Professeur Agrégé.
DELAGÉ Maître de conférences Agrégé.

EDITIONS A. G. E. M. P. - 8, RUE DANTE - PARIS (5e)



UNIVERSITE DE CLERMONT

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen : G. MEYNIEL

Assesseur : M. COULET

Directeur honoraire : M. MERLE

Professeurs Honoraires : Mme BLANQUET, MM. BUREAU, FOURNIER
GAUTHIER, LIMOUSIN et POMME.

I - Professeurs titulaires

MM. BARRIER	Clinique Chirurgicale A
BAUDON	Clinique Obstétricale
BERGERON	Pathologie médicale
BERNARD-GRIFFITHS	Clinique Médicale A
COULET	Botanique et Microbiologie
CUVELIER	Hydrologie et Climatologie
DASTUGUE	Biochimie Médicale
DAUPHIN	Chimie Pharmaceutique et Toxicologie
FEBVRE	Pharmacie Galénique
GRAS	Thérapeutique
JACQUEMET	Technique Chirurgicale
LATAIX	Pathologie Chirurgicale
MEYNIEL	Biophysique médicale
MOLINA	Clinique Pneumo-phtisiologique
PETIT	Médecine Légale et Médecine Sociale
POROT	Neurologie et Psychiatrie
POURRAT	Matière Médicale
ROUHER	Clinique Ophtalmologique
TERRASSE	Clinique Médicale B
THIEBLOT	Physiologie
TRONCHE	Pharmacie Chimique
TURCHINI	Histologie et Embryologie
VAURS	Bactériologie et Hygiène
WILLEMIN-CLOG	Clinique Médicale Infantile.

II - Professeurs à titre personnel

MM. THOMAS	Oto-Rhino-Laryngologie
VIALLET	Electro-Radiologie

III - Professeurs sans Chaire

MM. BASTIDE	Sciences Naturelles
BERGER	Chimie Analytique

DUCHENE-MARULLAZ Physiologie
GERMAIN Clinique Chirurgicale B

IV - Maîtres de Conférences Agrégés

MM. ALFIERI	Biophysique Médicale
BOSSY	Anatomie
Mlle CHATONIER	Chimie minérale et minéralogie
MM. CLUZEL	Bactériologie
N.....	Biochimie médicale
DELAGE	Anatomie pathologique
Mmes GAILLARD	Physique pharmaceutique
MOINADE	Médecine générale et thérapeutique
MM. PIGNIDE	Médecine générale
VENRIES DE	
LAGUILLAUMIE	Anatomie pathologique

V - Agrégés

MM. CHAMPEIX	Médecine légale et Médecine du travail
FOURRIER	Orthopédie
HOUDARD	Chirurgie générale
JALLUT	Médecine générale
JANNY	Neuro-Chirurgie
MENUT	Pédiatrie et Puériculture
MERCIER	Chirurgie générale
Mlle RAMPON	Médecine générale
MM. RENARD	Pneumo-phtisiologie
TOURNILHAC	Neurologie et Psychiatrie

Attaché principal : M. BERTHON

Bibliothécaire Universitaire : M. ARCHIMBAUD

oo0oo

La Faculté décide que les opinions émises dans les travaux et mémoires présentées à l'occasion d'une soutenance de thèse de Doctorat en Médecine ou en Pharmacie doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner, ni approbation ni improbation (délibération en date du 6 juin 1956).

A la mémoire de mon Père,

Docteur Jean-Baptiste PETIT

Il a su orienter, raffermir, faire
éclore notre vocation médicale. Il était
la pierre d'angle, il reste notre exemple
en tout.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A mon Grand-Père,

Docteur Auguste TRAPENARD

Officier de la Légion d'Honneur

Médaille Militaire

Croix de Guerre

Ses connaissances n'ont d'égal que
sa bonté. Puisse ce modeste travail ne
pas le décevoir.

A ma Femme

en témoignage de mon amour.

A ma Mère

en témoignage de ma grande
affection.

A mon Beau-Père,

Docteur Raoul DURANTON

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre

Sa douceur et sa compréhension
nous ont beaucoup aidé.

A Jean-Christophe et Pascale

A tous les Miens.

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur GERMAIN

Professeur de Clinique Chirurgicale

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier des Palmes Académiques

Croix de Guerre 1939-40.

Il a bien voulu nous faire le grand honneur de présider notre jury. Ses conseils nous ont été particulièrement précieux.

Qu'il reçoive ici nos remerciements respectueux.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur BARRIER
Professeur de clinique chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier des Palmes Académiques.

Monsieur le Professeur Agrégé MERCIER
Agrégé de chirurgie générale
Chirurgien Assistant des Hôpitaux

Monsieur le Professeur Agrégé DELAGE
Maître de conférences Agrégé d'Anatomie
pathologique
Biologiste des Hôpitaux

Ils ont accepté de juger cette thèse,
dont ils nous avaient fourni les éléments.

Qu'ils trouvent ici l'expression de
notre reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Philippe FOUQUES

Chef de clinique Chirurgicale

Il nous a enseigné, guidé, conseillé,
nous l'en remercions ici très profondé-
ment.

A PROPOS DE DEUX CAS

DE VOLVULUS DE LA VESICULE BILIAIRE

Les torsions restent une grosse question de chirurgie, si l'on pense à la rareté de leur qualification clinique précise.

H. MONDOR

Deux cas de volvulus de la vésicule biliaire ayant été récemment observés dans les services de clinique chirurgicale de CLERMONT-FERRAND, et après avoir lu l'article du journal DE CHIRURGIE, rapportant l'un d'eux nous avons été tout spécialement attiré par les manifestations cliniques et l'étiopathogénie de cette affection.

Aussi, n'avons-nous pas hésité à en entreprendre l'étude lorsque le Docteur P. FOUQUES nous proposa ce chapitre de la pathologie digestive, comme sujet de thèse en nous fournissant la première de nos observations.

Nous devons notre deuxième observation à l'obligeance de Monsieur le Professeur GERMAIN, notre Président de thèse.

"Le Volvulus de la vésicule biliaire est une affection rare, et même exceptionnelle" H. MONDOR. En 1945, LEGER de Paris en dénombrait 95. On peut estimer à l'heure actuelle que le nombre de cas connus avoisine deux cent. Nous avons pu dénombrrer personnellement 137 observations.

C'est une affection de la femme, et de la femme âgée, dans la grande majorité des cas ; l'observation princeps que nous devons à WENDEL (1898) étant particulièrement remarquable du fait qu'elle concernait une jeune femme de 23 ans.

Nos deux observations, elles, se rangent parmi les tableaux cliniques les plus fréquents, puisqu'il s'agit de deux femmes de soixante et onze, et soixante dix-neuf ans.

Enfin, notre étude a ceci de particulier qu'elle est, avec celles de CARTER et de MORLHIGEM une des rares, depuis 1945, à ne pas être basée sur un seul cas.

OBSERVATIONS

OBS. 1 - (Drs R. MERCIER, R. BOLO et Ph. FOUQUES)

Mme Emma A..., 79 ans, est hospitalisée d'urgence à l'hôpital de GUERET (Service du Docteur BOLO), le 13 novembre 1963, à 19 heures, pour syndrome abdominal.

La douleur qui a débuté brutalement, la nuit du 12 au 13 dans l'hypochondre droit, reprend après une période d'accalmie, accompagnée de vomissements. La malade, qui s'est d'abord crue victime d'une indigestion, appelle finalement son médecin qui la fait hospitaliser.

A l'entrée, l'état général est bon. L'interrogatoire révèle de vagues douleurs gastriques, atypiques, anciennes.

A l'examen, l'abdomen est spontanément et diffusément douloureux, avec défense pariétale, que l'on peut vaincre à gauche, mais non à droite où la douleur domine. Il y a un arrêt du transit depuis le matin, et la radiographie de l'abdomen, sans préparation, montre quelques niveaux liquides. On ne trouve rien d'anormal au toucher vaginal.

La malade est fébrile, (39°), son pouls est rapide (120), sa tension artérielle est à 17-11. L'azotémie est à 0,08 g, la glycémie à 1,20 g. Enfin la numération blanche révèle une hyperleucocytose à 17 900 avec polynucléose (84 %).

Douleurs abdominales avec défense droite, température à 39°, arrêt du transit, commandent l'intervention immédiate avec le diagnostic d'appendicite, qui semble le plus probable sans être cependant certain, puisqu'il n'explique pas la diffusion de la douleur et sa topographie étendue.

Opérateur : Docteur FOUQUES. Incision de JALAGUIER (car on pense à la nécessité d'une exploration vésiculaire, si l'appendice est sain), présence d'une sérosité abdominale, appendice sain, (appendicectomie). On agrandit alors vers le haut et l'on palpe une masse présentant le volume et l'aspect d'une aubergine ; il s'agit d'un hémato-cholécyste, complètement tordu sur le pédicule cystique. Une ponction est effectuée, elle ramène du sang. On commence à isoler le pédicule cystique, et l'on est frappé de la fragilité de cette manoeuvre. On pratique alors une cholécystectomie sans détorsion, après ligature en masse du pédicule. La vésicule ne contient pas de calculs. Pour ne pas allonger la durée de l'intervention, on ne pratique pas de cholangiographie. Fermeture de la paroi en deux plans, après drainage par contre-incision ; lame de caoutchouc et mèche au contact du moignon cystique.

Durée de l'intervention : une heure.

Anesthésie générale par voie veineuse : penthio-barbitalcurare.

Les suites sont bonnes. On prescrit deux millions de Pénicilline et un gramme de Streptomycine par jour, pendant une semaine. La lame de caoutchouc est enlevée le deuxième jour, et la mèche le sixième. La température redevient normale en six jours.

Par prudence, le 20 novembre, on est amené à instituer un traitement anticoagulant poursuivi ensuite pendant un mois, ce qui allonge l'hospitalisation.

La malade quitte le service, en parfaite santé, le 20 décembre 1963.

Compte rendu histologique : Docteur PERROT Paris. - "La vésicule soumise à l'examen, présente un infarctus hémorragique massif de toute l'épaisseur de la paroi avec d'importantes distensions des vaisseaux. Il reste par ailleurs, un important remaniement nécrobiotique dont l'intensité est variable, mais en général très marquée. Présence en certains points de quelques amas de pyocytes, mais il ne semble pas qu'il existe des lésions infectieuses généralisées. Ces lésions d'infarctus avec nécrose, évoquent nettement l'idée d'une torsion de la vésicule, et expliquent l'hématocholécyste.

OBS. 2 - (Pr GERMAIN)

Mme Louise M. . . , 79 ans, est confiée à Monsieur le Professeur GERMAIN, le 5 mars 1964, pour syndrome péritonéal aigu.

Dans la nuit, elle a ressenti brutalement de violentes douleurs dans le flanc droit, irradiant à tout l'abdomen. Le médecin traitant alerté le matin, la fait immédiatement entrer en clinique.

Il s'agit d'une femme âgée, maigre, de taille moyenne mais dont l'état général est conservé, et qui ne présente pas d'antécédents notoire. Son pouls est rapide (120), sa température à 38°5. Elle a vomi, elle n'est pas ictérique.

La douleur prédomine dans le flanc droit, mais irradie à tout l'abdomen, entraînant une défense gênant la palpation. Les touchers vaginal et rectal, n'apportent aucun élément significatif.

Ce tableau clinique implique une laparotomie urgente, et l'on décide d'intervenir l'après-midi.

Sous anesthésie, on palpe à nouveau l'abdomen, et c'est alors que l'on perçoit, à travers la paroi relâchée, une masse sous-costale droite, qui fait évoquer le diagnostic de torsion vésiculaire, l'attention des opérateurs ayant été éveillée par un cas récent.

CRO (5.3.64)

Opérateurs : Professeur GERMAIN, Docteur FOUQUES

Anesthésie générale : Dr Paule FOUQUES (Pento-curare sous intubation).

Le doute sur la topographie exacte de la lésion, incite à intervenir suivant l'incision de JALAGUIER.

Effectivement, l'appendice est sain (ectomie), mais la grande cavité contient une sérosité hématique. Après agrandissement de l'incision vers le haut, on découvre une grosse vésicule, présentant l'aspect d'une aubergine, et qui est manifestement le siège d'une oblitération vasculaire, rendant vraisemblable le diagnostic de torsion vésiculaire.

La vésicule est ponctionnée, vidée de son contenu hématique. Elle ne contient pas de calculs ; le foie est blanchâtre, scléreux, irrégulier.

Cholécystectomie facile, par ligature du pédicule cystique, à la zone de transition des troubles vasculaires.

Pour ne pas allonger la durée de l'intervention, d'autant que la voie biliaire principale paraît saine, on ne pratique pas de radio-manométrie per-opératoire.

Mèche sous-hépatique.

Fermeture par plans.

Durée de l'intervention : 40 minutes.

Les suites opératoires sont, dans l'ensemble, remarquablement simples. Le lendemain, réaction fébrile à 39°, mais l'état général est toujours bon.

Le 8 Mars, la malade est apyrétique, et le transit digestif est rétabli. On continue l'antibiothérapie (Pénicilline-Colimycine Im-Im) pendant 4 jours encore.

Ablation de la mèche le sixième jour ; sortie de la malade guérie, le 17 Mars.

Madame M... a été ensuite régulièrement suivie dans les mois qui ont suivi son intervention. Son état de santé se maintient parfaitement.

Compte rendu histologique : Professeur DELAGE (CLERMONT-FERRAND).

Vésicule biliaire : Infarctissement veineux diffus total mais très récent de la vésicule biliaire. L'organisation est à son début et j'ai l'impression que les lésions veineuses sont plus importantes que les lésions artérielles. La nécrose vésiculaire est donc totale, du même âge, quels que soient les endroits considérés, sans tissu de granulation constitué.

Pas de malignité.

Conclusions ; vésicule biliaire : nécrose infarctoïde de type ischémique. Si l'on admet une torsion de la vésicule, l'image reconnue est parfaitement logique.

HISTORIQUE

L'observation princeps de volvulus de la vésicule biliaire a été rapportée par WENDEL en 1898, chez une jeune femme de 23 ans.

Deux mois après un accouchement sont apparus les premiers symptômes de cette affection qui allait évoluer peu à peu vers la péritonite. Mais il ne s'agissait en fait que d'une forme subaiguë et les premiers cas posant des problèmes chirurgicaux d'urgence, d'allure clinique véritablement typiques datent de 1908 ainsi qu'il apparaît à la lecture de la plupart des observations connues, et ont été rapportées par NEHRKORN et MUHSAM.

C'est en 1920 que parut la première observation française de ce volvulus ; elle fit l'objet de la thèse de DAGORN (BORDEAUX, 1920). Peu à peu le nombre des cas publiés augmente, et, en 1931 BROCCQ en réunit trente cinq. Cette affection est ainsi mieux connue. SABRAZE de BORDEAUX en étudie l'anatomie pathologique microscopique.

C'est l'école italienne avec MAZZARELLI et MASTROSIMONE plus spécialement qui s'attacha à son étude expérimentale, et le nombre des cas connus augmenta au point qu'en 1945, LEGER, DEBEYRE et MAZINGARBE en dénombrèrent 95 avec 3 personnels inédits, à l'occasion de l'étude détaillée qu'ils en publièrent dans le journal de chirurgie de Paris.

Les travaux les plus importants et les plus récents sont pour l'école française, la thèse de MORLHIGEM (BORDEAUX, 1958) avec sept cas présentés et deux inédits, et pour les pays anglo-saxons, un article de CARTER et collaborateurs, présentant en 1963 quatre cas de torsion vésiculaire, tous inédits, dans "SURGERY, GYNECOLOGY-OBSTETRIC" dont un cas exceptionnel d'homme jeune (22 ans et demi) de race jaune.

A l'heure actuelle, nous avons personnellement dénombré 137 cas publiés depuis l'observation princeps de WENDEL, dans la littérature mondiale.

Nous en avons reproduit les références à la fin de ce travail.

oOo

ANATOMIE

Il nous a paru nécessaire, avant d'aborder cette étude de rappeler brièvement les données anatomiques fondamentales qui semblent présider à cette affection qu'est le volvulus de la vésicule biliaire ; d'une part la position normale la plus couramment décrite de la vésicule, d'autre part la vésicule à mésocyste, enfin la vésicule pédiculée.

Normalement, la vésicule est décrite comme plaquée dans la fossette cystique, adhérente par la face supérieure de son corps, à la face inférieure du foie. Une couche de tissu cellulofibreux serré l'unit alors au foie. Un feuillet péritonéal double, cystique et hépatique en revêt le fond.

La vésicule à mésocyste particulièrement décrite par PILVEN et SIMEON a attiré aussi l'attention de LEGER. Pour les premiers, l'existence d'un mésocyste au niveau du corps vésiculaire voisinerait 5 pour 100, d'après leur série de dissections systématiques. Mais pour LEGER, il est souvent trop court pour permettre à la vésicule de s'y enrouler.

Pour ROUVIERE "il est très rare de voir le péritoine contourner les bords de la vésicule et former au-dessus d'elle un mésocyste qui la relie au foie". Quant à TESTUT dans son traité d'Anatomie humaine, il ne mentionne pas cette éventualité.

On peut assimiler ce mésocyste à un triangle à base antérieure dont le bord supérieur s'insérerait dans la fossette cystique et le bord inférieur sur la face supérieure de la vésicule. Ce type d'organe serait responsable du volvulus partiel.

Bien différente est la vésicule "pédiculée" de GROSS, ou "libre" de LEGER ; totalement enveloppée par le péritoine, elle pend librement dans la cavité péritonéale, sans aucun lien la solidarissant au foie. Pour LEGER, cette disposition n'est que l'exagération patho-

logique d'un état anatomique. Elle pend, suspendue par son canal cystique qui pénètre dans le bord supérieur du petit épiploon avec des solutions de continuité hépatiques et duodénales, et favoriserait particulièrement les volvulus totaux, en l'espèce ceux présentés par les malades de nos observations.

Pour qu'une vésicule puisse se tordre, il faut donc une conformation spéciale, une disposition anatomique particulière ; et nous dirons avec LEGER que la vésicule pend "comme un fruit appendu à son pédicule".

Cette esquisse d'anatomie macroscopique nous amène ainsi tout naturellement à envisager le "pourquoi" de ce volvulus, car si l'on conçoit aisément que cet organe anormalement mobile puisse se tordre sur son pédicule, on en est réduit aux hypothèses, quant aux facteurs déclanchants.

Ici encore, la clinique nous est précieuse ; elle nous permet en effet de grouper un certain nombre de caractères communs à cette affection, ou à ceux qui la présentent, et de les comparer avec les observations que nous présentons.

ETIO - PATHOGENIE

1) ETIOLOGIE.

Au premier rang le sexe : c'est une affection de la femme, et on lui accole aussitôt l'âge : "C'est une affection de la femme âgée".

Le sexe : pour SHORT et PAUL (1934), la proportion de femmes était de 84 pour 100. MORLIGHEM (1958) estime ce pourcentage à 66 %. CARTER et ses collaborateurs estiment que la proportion des femmes aux hommes est de 3 pour 1 (ils citent le cas d'un jeune japonais de 22 ans).

L'âge : On note seulement deux observations d'enfants au-dessous de dix ans : celles de CUERVO et J. H. BOGLE (cinq et neuf ans), et quatre au-dessous de vingt ans avec CUERVO, FISHER, RAWSON et DABADIE. Par contre, on contraste que cinquante pour cent des malades opérés ont plus de soixante-dix ans. Nos deux malades ne font pas exception à cette véritable règle, puisqu'elles accusent respectivement soixante et onze et soixante-dix-neuf ans.

Le type morphologique : Il s'agit dans la majorité des cas de vieillards amaigris, de type longiligne ; mais si notre observation II corrobore ces constatations, dans notre premier cas, la malade était de taille et de poids moyens. Il est bien évident que ce type fréquemment rencontré, amène une explication mécanique, en elle-même assez séduisante : sangle abdominale de qualité médiocre, mais aussi ptose des organes, avec diminution de tonicité, propre aux vieillards : la vésicule, aidée par sa conformation, pend, puis se tord.

Corroborant cette hypothèse, on remarquera trois cas survenus chez des jeunes accouchées (WENDEL, FISHER, IRWIN), dont on peut douter de la valeur de la sangle abdominale.

Un cas même a été décrit chez la femme enceinte à terme par GUILLET ; la participation des mouvements actifs du fœtus aurait même alors été envisagée comme un facteur non négligeable de déclenchement.

Les antécédents de pathologie vésiculaire : Pour MORLHIGEM, "le volvulus porte fréquemment sur une vésicule antérieurement malade" ..

A l'examen histologique qui a été pratiqué pour nos deux malades, on ne retrouve dans les deux cas aucune lésion infectieuse, et les opérateurs n'ont pas trouvé le moindre calcul ; il semble donc, qu'en l'occurrence, on doit chercher ailleurs une cause du volvulus.

Tel n'était pas l'avis de DAUX qui faisait jouer à la lithiasie un rôle très important ; pour lui "par la stagnation de la bile et le frottement des formations lithiasiques, il se produit une irritation de la muqueuse qui sécrète plus abondamment que de coutume. Le mucus sécrété s'ajoutant à la bile, et en augmentant la quantité, distend le réservoir biliaire qui perd de son élasticité, et devient atone".

En fait, DAUX raisonnait sur dix-huit observations, et il avait retrouvé des antécédents lithiasiques huit fois, son hypothèse paraissait donc fort logique. Actuellement, le nombre des observations publiées étant beaucoup plus important, si l'on admet toujours qu'on puisse trouver une vésicule lithiasique volvulée, on n'accorde plus à cette augmentation du poids de la vésicule un rôle primordial. Elle est accessoire, mais certainement pas négligeable, quand on découvre comme WENDEL deux cent treize calculs, ou comme MACHUROT, une seule pierre, du volume d'un gland, d'un oeuf de pigeon (SHORT et PAUL) d'une noix (GRUNERT). On ne note que deux cas de calculs du cholédoque, décrits l'un par BRADE, l'autre par LEGER.

Dans nos deux observations, on n'a relevé la présence d'aucun calcul.

On a fait jouer aussi, un rôle important à une cholécystite ancienne, qui aurait lésé les parois de la vésicule volvulée, entraînant une hypersécrétion du mucus, et donc une augmentation du volume de l'organe. On retrouve en effet, soit des antécédents cliniques de cholécystite, soit des lésions histologiques révélatrices, dans à peu près un cas sur quatre.

Nos deux observations, tant des points de vue clinique qu'histologique, ne nous ont apporté aucune confirmation de cette importance des lésions infectieuses, et comme MORLHIGEM, nous n'en tirons pas de conclusion définitive.

Facteur déterminant : Il semble bien que l'on n'ait pas de notion très précise à ce sujet, si ce n'est le plus souvent un effort violent, intéressant plus particulièrement les muscles abdominaux : accouchement pour WENDEL, IRWIN, FISHER, etc ; chute pour LEGER ; forte purgation pour TEINTURIER ; toux pour KOWALEWSKI, une malade de BOUVET avait bêché son jardin et la malade de DIAMANT-BERGER avait ressenti une douleur atroce en remontant un seau de charbon de sa cave.

Nos deux observations ne nous ont pas révélé de faits de ce genre ; dans les deux cas, la douleur, symptôme majeur, s'est déclarée brusquement, de nuit, au lit, sans cause extérieure apparente.

2) PATHOGENIE.

Ainsi que nous l'avons vu dans le précédent chapitre, il existe donc des conformations anatomiques éminemment favorables à l'apparition d'un volvulus, mais qui sont plus des malformations du péritoine que des malformations des voies biliaires. Et de ce fait, on peut considérer le cas de STRAUSS avec un canal cystique implanté au milieu du corps vésiculaire comme tout-à-fait exceptionnel.

Nous remarquerons que nous n'avons jamais observé ces différentes malformations sur le cadavre au cours de nos dissections au laboratoire d'Anatomie de CLERMONT-FERRAND.

Trois systèmes de classification de ces torsions s'offrent à nous :

En premier lieu, PILVEN et SIMEON ont proposé les trois types suivants :

- la vésicule à long mésocyste se tord en "spirale" en s'enroulant autour de son mésocyste, ce qui avait déjà été décrit par BROCCQ.

- la vésicule libre de toute attache dans la cavité abdominale se tord au niveau de son col, ou du canal cystique.

- la vésicule, de volume nettement augmenté, distendue, peut, débordant le rebord antérieur du foie se couder puis se tordre sur elle-même.

Elle présente alors en effet une partie libre, l'autre adhérent à la fossette cystique.

La torsion est facilitée par le fait que ces deux parties sont souvent reliées par une zone légèrement rétrécie. D'où l'appellation de vésicule "en sablier". Cet aspect a été repris par LERICHE.

D'autre part, LEGER et ses collaborateurs, ne considèrent plus que deux types de volvulus, moins rattachés à la position même de l'organe qu'à l'aspect du phénomène. Pour eux il n'y a que deux types de volvulus : le total et le partiel.

- Le volvulus total, soit que la vésicule soit unie au foie par un long mésocyste où elle s'enroule comme "un corps s'enroulant dans un drap".

Soit que la vésicule soit libre, le mésocyste étant moins long, la torsion se fera au niveau du col ou du canal cystique.

- Le volvulus partiel, lui, correspond à la vésicule en sa-
blier de BROCC dont le corps est solidaire du foie, et le fond libre ;
il se produit alors à la partie rétrécie reliant les deux.

Nos deux observations correspondent au volvulus total avec
mésocyste court.

Enfin CARTER et ses collaborateurs distinguent : le volvulus
incomplet qui correspond à une torsion de moins de cent quatre vingt
degrés de la vésicule autour de son pédicule ; et le volvulus complet
qui dépasse habituellement cent quatre vingt degrés.

Ces deux types auraient pour cet auteur des traductions
cliniques bien différentes, l'un évoluant lentement et étant réversible,
l'autre survenant brutalement et caractérisé par des lésions défini-
tives du cholécyste.

Quoi qu'il en soit la classification de LEGER nous apparaît
comme la plus rationnelle et nous permet de bien comprendre com-
ment va se produire le volvulus.

La cause même de ce phénomène reste cependant bien mys-
térieuse et les explications proposées sont aussi nombreuses que peu
convaincantes.

°

° °

On avait tout d'abord appliqué à la vésicule, la théorie de PAYR, qui avait, par ailleurs, été vérifiée expérimentalement pour la rate. Qualifiée d'hémodynamique cette théorie prônait la transmission à l'organe d'un "mouvement de serpentine" qui aurait eu, pour point de départ, une brusque congestion des veines du pédicule cystique.

Bien qu'actuellement un peu délaissée, nous remarquerons que l'examen microscopique effectué sur la pièce de notre première observation semble appuyer cette explication vasculaire : "Infarcissement, veineux diffus total, mais très récent"... et plus loin"... j'ai l'impression que les lésions veineuses sont plus importantes que les lésions artérielles..."

DEAN pensait que la torsion était provoquée par le pincement du cystique dans la boucle d'une artère double.

CANTELMO évoque un véritable "éréthysme" "musculaire" de la vésicule.

CECCARELLI pensait qu'il fallait un obstacle au muscle vésiculaire pour se contracter, et se tordre.

CARTER et ses collaborateurs pensent que "la vésicule tendue et mobile, avec son cystique obturé, pourrait vraisemblablement faire démarrer une torsion, par son propre péristaltisme".

MATROSIMONE provoqua un volvulus chez 7 animaux sur 11, en créant une vésicule flottante, une augmentation artificielle du volume du réservoir vésiculaire, et une inflammation du pédicule.

Actuellement cependant, (PERNOD), la majorité des auteurs, avec BROQ, PILVEN et SIMEON, fait jouer le rôle essentiel au péristaltisme et aux modifications de volume de l'anse colique voisine.

Selon eux, en effet, une vésicule à long pédicule, libre dans son mésocyste, et à plus forte raison dans la cavité abdominale va pouvoir rouler sur l'anse colique sous jacente, généralement du colon transverse, et selon que cette anse sera très distendue, ou moins importante, ce volvulus sera complet ou incomplet la vésicule se tordant plus facilement sur une surface très courbe et offrant une résistance plus grande du fait de sa distension.

Reste à expliquer le fait que la torsion se fasse dans le sens des aiguilles d'une montre ou dans le sens opposé.

Pour ces auteurs deux possibilités se présentent :

- Ou la vésicule n'est pas coudée : sa face inférieure repose sur le colon transverse.

Le péristaltisme intestinal se faisant de droite à gauche, la torsion aura lieu également dans le sens inverse des aiguilles d'une montre.

- Ou au contraire, la vésicule est coudée (LEGER) c'est la face supérieure, devenue inférieure au niveau de la portion coudée qui se trouve en rapport avec le colon transverse. Cette portion coudée va donc se tordre comme dans le premier cas, mais le segment supérieur va se tordre dans le sens des aiguilles d'une montre.

Notons que le péristaltisme gastrique serait déterminant pour SKINNER, dans les cas de rotations dans le sens des aiguilles d'une montre.

Nous reprendrons personnellement le rôle adjuvant déjà signalé par GUILLET et PERNOD d'une paroi abdominale antérieure déficiente. Le fond vésiculaire s'appuie contre elle, et à la lumière des observations déjà décrites, une modification brusque de sa tension pourrait compléter l'action du péristaltisme intestinal.

Dans nos deux observations cette modification brusque de la tension musculaire n'est pas retrouvée bien qu'on retrouve dans notre première observation la notion d'une indigestion préalable.

Il semble donc qu'on doive admettre parmi toutes ces hypothèses la plus logique, celle de BROCC, PILVEN et SIMEON sans toutefois écarter totalement l'importance des facteurs vasculaires imputable à PAYR, et musculaire signalé par LEGER.

Quand ce volvulus se produit que se passe-t-il donc ? C'est ce que nous allons tenter de décrire dans notre étude clinique.

ETUDE CLINIQUE

Bien que le diagnostic préopératoire ne soit pratiquement jamais évoqué, en raison de la rareté même de l'affection, on peut cependant en faire un tableau clinique assez évocateur. Sa symptomatologie bien proche de celles de toutes les affections sévères de l'abdomen, nous permet néanmoins de rassembler un certain nombre de symptômes suffisamment constants pour les qualifier de typiques.

Les Signes Généraux, tout d'abord ; l'atteinte de l'Etat Général est variable. Il semble bien qu'elle soit directement liée au facteur temps, et qu'elle reste minime pendant les 48 premières heures. Ainsi, dans nos deux observations, l'affection ayant débuté dans ce délai, l'Etat Général est bon. Cette constatation n'a cependant rien d'absolu, puisqu'une malade de CARTER présente un "état général précaire", les premiers symptômes datant de vingt-quatre heures à peine. Cependant, un malade de LAGACHE, au bout de trente-six heures, était "dans un état général lamentable, avec facies péritonéal". C'est dire la gravité de l'affection.

Les variations de la température se traduisent par une hyperthermie modérée. Chez nos deux malades, on notait respectivement 39° (OBS. I) et 38°5 (OBS. II). Pour LEGER et MORLHIGEM, elle ne dépasse qu'exceptionnellement 39°, et les 4 malades de CARTER ont une température normale.

Le pouls est habituellement entre 90 et 120.

Nous avons noté 120 pulsations-minute chez nos deux malades. Il est généralement proportionnel à la température, parfois plus augmenté qu'elle. A ce propos, MORLHIGEM affirme l'existence d'une dissociation pouls-température, par accélération du pouls, qui ne nous a pas paru particulièrement évidente.

Plus caractéristiques sont les signes fonctionnels. Ce qui frappe d'emblée chez ces malades, c'est l'intensité de la douleur.

Elle est ici le grand signe qui domine tout le tableau clinique. C'est le maître symptôme du volvulus, elle est brutale, à type d'ischémie. Chez nos deux malades, elle est apparue soudainement, de nuit, sans prodromes. LEGER évoque même un collapsus initial, tant son intensité est grande.

On a décrit des attitudes antalgiques "en chien de fusil", des rétractions de "ventre en bateau". La morphine quand elle a été employée s'est révélée inopérante la plupart du temps (LEGER, BROCC, DARAIGNEZ, FRANCKE, LIEBL, GIUPPONI).

Son siège, quoique assez variable, est le plus souvent localisé à l'hypochondre droit, mais aussi dans la fosse iliaque droite, le creux épigastrique, parfois même, généralisé à tout l'abdomen.

On note deux irradiations principales : l'irradiation scapulaire droite, et l'irradiation dorsale. La première est bien typique d'une affection vésiculaire, mais elle est loin d'être fréquente ; elle a cependant été décrite dans plusieurs observations (MÜHSAM, BELL, LAGACHE). La seconde est plus rare encore. NEHRKORN et IRWIN la mentionnent cependant. Signalons enfin que LEGER a décrit un cas d'irradiation lombaire droite, et qu'on a aussi parlé de douleurs thoraciques basses et constrictives.

Nos deux malades ne présentaient aucune crise douloureuse antérieure qui eut pu rappeler l'allure de l'accident en cause. Seule, la malade de l'OBS. I aurait eu quelques douleurs gastriques, atypiques anciennes.

Il est cependant fréquent de relever des antécédents douloureux mal expliqués chez ces malades, et l'on peut soulever l'hypothèse de crises antérieures, ayant évolué à bas bruit, et ayant abouti à une résolution spontanée, ou même provoquée par un traitement antispasmodique banal.

Signalons enfin que notre observation I, du fait que la douleur est apparue brutalement, s'est calmée, et a repris en un deuxième temps, est typique de ce qu'on a appelé l' "évolution en deux temps", signalée par les auteurs allemands, et PILVEN et SIMEON. Trompeuse, cette phase de rémission est parfois importante : on a signalé 4 jours (MAYER), et même 6 jours (SUTTER).

Deuxième signe fonctionnel : les vomissements. En général, ils sont alimentaires, mais ont été décrits fécaloïdes dans quelques observations où l'intervention avait été retardée, pour des raisons diverses. Nos deux malades en ont présenté, mais sans la violence, ni le nombre qui signent habituellement les affections du tube digestif. On note cependant qu'ils peuvent être plus importants et contribuer (CARTER) à l'atteinte de l'Etat Général.

Les cas où les vomissements sont absents sont rares ; ils sont alors remplacés par des nausées. On ne leur accorde, généralement, qu'une faible valeur pronostique. Ils sont aussi quelquefois accompagnés par un hoquet (KETTNER).

Notons enfin que notre malade n° I a présenté un arrêt du transit depuis la fin de la période d'accalmie. Signe fréquemment noté, il a pu faire parler de "formes pseudo-occlusives du volvulus de la vésicule biliaire". Cependant, on ne le retrouve pas dans notre observation II, et il est même parfois remplacé par de la diarrhée (LEGER). Il semble que les vomissements soient plus constants que l'arrêt du transit.

Ce sont toutefois les signes physiques qui sont les plus nets. On a parlé de météorisme abdominal, d'ondulation péristaltique (Et. BERNARD) ; à notre avis, ce qui frappe tout d'abord, c'est la défense de la paroi abdominale, qui va parfois jusqu'à la contraction. Cette dernière peut être extrêmement trompeuse si elle est localisée à la Fosse Iliaque droite ou à tout l'abdomen ; ou bien elle n'apporte pas grand renseignement si elle occupe toute la partie droite de l'abdomen.

La défense abdominale, elle, est plus précieuse ; car, et c'est le cas de nos deux observations, en amadouant la paroi par un palper progressif, on arrive à localiser l'acmé douloureuse à l'hypo-chondre droit.

Nous insisterons sur le fait que la palpation abdominale sous anesthésie générale a amené des renseignements plus intéressants encore, puisque (OBS. II), elle a permis à l'un des opérateurs d'évoquer le diagnostic de torsion du cholécyste : "On perçoit, à travers la paroi relâchée, une masse sous-costale droite"...

Les premiers auteurs avaient insisté sur une "voussure" de la paroi qui aurait été produite par le cholécyste augmenté de volume. Il semble bien, en fait qu'elle ne soit perçue que rarement. Elle est pourtant typique du volvulus de la vésicule, mais elle conduit souvent à un diagnostic de tumeur maligne. En effet, il n'existe pas, du fait des conditions anatomiques qui président au volvulus, de zone privilégiée où l'on va rechercher cette voussure caractéristique du cholécyste. Car, selon la longueur du mésocyste par exemple, la vésicule va se trouver sous et en dedans de l'Épine Iliaque Antéro Supérieure (FISHER), dans la Fosse Iliaque Droite (MARINACCI, KOWALEWSKI), au-dessus et à gauche de l'ombilic (BUSCH) ; on est alors amené à penser que cette masse est une métastase d'un des nombreux types de cancer que le chirurgien découvre si souvent. Cependant, quand elle est sous hépatique, ce qui est quand même la localisation la plus fréquente, cette voussure oriente vers la vésicule.

L'Ecole Française insiste sur la forme arrondie ou piriforme de la voussure ; GROSS et les Anglo-Saxons la trouvent rénitente. Elle a des dimensions variables : d'un oeuf de poule à une tête d'enfant. Elle est généralement mobile avec la respiration, et sa matité prolonge la matité hépatique.

Signalons enfin qu'il est des cas où la tuméfaction est véritablement "à éclipse". SHORT et PAUL, la virent disparaître pendant les préparatifs opératoires, ne purent la retrouver sous anesthésie générale hésitèrent à intervenir, et finalement découvrirent une vésicule gangrénée. BUSH et FISHER signalent deux cas semblables.

Cette étude ne serait pas complète, si nous ne décrivions pas le "Signe de CASE" repris par BELL. Ce dernier, palpant une malade, trouva à 4 centimètres au-dessous et à droite de l'ombilic, une zone de 2 centimètres et demi de diamètre, très douloureuse ; l'intensité de la douleur était extrême à ce seul endroit : la vésicule gangrénée avait été plaquée par sa torsion contre la paroi antérieure du péritoine, et la zone très douloureuse correspondait à cet accollement. Ce signe pour être recherché, laisse déjà supposer une orientation bien nette du diagnostic, aussi sa valeur nous a-t-elle paru un peu secondaire dans cette recherche clinique.

EXAMENS PARACLINIQUES

1) Radiographie :

La radiographie d'urgence de l'abdomen sans préparation, n'a pas comblé les espoirs qu'on avait fondé sur elle (LEGER). Elle ne donne en effet que peu de renseignements. La présence de calculs intra-vésiculaires peut orienter le diagnostic ; dans notre observation II où elle a été pratiquée, elle montrait quelques niveaux liquides, que l'on devait vraisemblablement à un iléus paralytique réactionnel intestinal.

On peut lui accorder un rôle dans le diagnostic quand, ne montrant pas de pneumopéritoine, elle permet d'écarter une perforation d'ulcère gastrique ou duodéal.

2) Formule Sanguine :

Chaque fois qu'elle a été pratiquée, elle a révélé une hyperleucocytose avec polynucléose. Le syndrome infectieux (fièvre et polynucléose) n'est cependant pas très marqué, la vésicule volvulée étant un véritable vase clos. Notre malade de l'observation II accuse une hyperleucocytose à 17.900, avec 84 % de polynucléaires.

3) Examen chimique du sang :

L'urée sanguine, la glycémie sont normales. L'amylasémie, souvent effectuée en urgence (CARTER), est normale éliminant ainsi une pancréatite possible.

Notre malade de l'observation II avait une azotémie à 0,08 g et une glycémie à 1,20 g.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Avec une symptomatologie aussi touffue, et aussi peu pathognomonique, on conçoit fort bien, la rareté de l'affection aidant, que le diagnostic exact ne soit à peu près jamais porté. Trois cas publiés l'un en 1920 (KRAHEL), l'autre en 1954 (TEINTURIER), le troisième en 1946 (DABADIE), sont, à notre connaissance, les seuls de la littérature à avoir été reconnus avant tout geste chirurgical.

Aussi attachons-nous d'autant plus de valeur, au fait que dans notre observation II, le diagnostic ait été évoqué avant toute incision, et à la seule palpation, ce qui est encore bien peu fréquent dans la littérature.

On pourrait, cependant, faire ce diagnostic chez une vieille femme maigre, de type longiligne, qui brutalement se met à souffrir abominablement dans l'hypochondre droit ; la morphine ne la calme pas, elle vomit et présente un arrêt du transit. Sa fièvre est modérée, à 38°, son pouls est accéléré, et la palpation perçoit soit une contraction de la région vésiculaire, soit une masse sans solution de continuité avec la matité hépatique. Son état général, malgré la violence des symptômes observés, est bien conservé.

Malheureusement, il est rare que le tableau soit aussi net. Aussi, bien que l'on n'hésite guère pour intervenir, on ne sait pas trop ce qu'on va découvrir, et la technique opératoire le reflète bien, ainsi que nous le verrons plus loin.

On pense d'abord, le plus souvent, à une appendicite aiguë. Douleur de la Fosse Iliaque droite, vomissements, arrêt du transit, réaction pariétale abdominale, pas d'ictère, fièvre modérée, état général conservé, tous ces signes orientent vers le diagnostic, que l'on pose d'autant plus volontiers qu'il est plus fréquent.

Le second diagnostic le plus souvent posé, est celui de cholécystite aiguë, en raison d'une part de sa fréquence, mais aussi parce que le précédent est souvent éliminé au vu d'une cicatrice révélatrice. Cependant, même si l'on arrive à palper cette grosse vésicule douloureuse l'absence de l'ictère, et la faiblesse de l'élévation de la température écartent souvent de l'esprit de l'opérateur une affection du cholécyste, pour l'orienter plutôt vers une cause intestinale, ou même gastro-duodénale, expliquant mieux l'intensité de la réaction douloureuse.

Et c'est encore un diagnostic qui a été souvent posé, au vu de l'importance de la douleur, et de la réaction pariétale, que celui de perforation d'ulcère gastrique ou duodénal. Cependant, et bien que l'on ait décrit des perforations révélatrices d'ulcère, l'interrogatoire du malade, devrait permettre d'écarter ce diagnostic. De plus, et cela est important à notre avis : l'état général est bien conservé, on ne peut pas parler de ce phénomène de shock qui signe habituellement un accident aussi grave. Enfin, si la radiographie d'urgence est pratiquée, on recherche vainement un pneumopéritoine révélateur.

On a encore évoqué l'occlusion intestinale, la rupture du kyste de l'ovaire, et même (SUTTER) un étranglement de hernie ombilicale.

Notons, cependant, que tous ces diagnostics amènent à une laparotomie urgente, et que l'intégrité de l'organe mis en cause ayant été reconnue, l'exploration bien conduite de l'abdomen amène rapidement la découverte et la cure radicale de la véritable affection. Etant donné le risque vital certain que courent ces malades, n'est-ce pas là l'essentiel ? C'est bien ce que reflètent finalement ces deux observations.

LES LÉSIONS OBSERVÉES, ET LEUR ÉVOLUTION

L'intervention est donc décidée. Que va-t-on découvrir à l'ouverture de l'abdomen ? C'est ce que nous allons envisager dans ce chapitre. Nous envisagerons d'abord les lésions macroscopiques, puis leur traduction microscopique, et enfin leur évolution.

Les lésions macroscopiques sont particulièrement nettes : on note, d'une part des lésions extra-vésiculaires, et d'autre part des lésions du cholécyste.

Pour revenir à l'observation princeps, WENDEL, quand il opéra sa malade, découvrit dans le péritoine un liquide franchement purulent. On doit toutefois noter que l'intervention avait été différée plusieurs jours, et qu'on se trouvait alors devant une véritable péritonite. Plus généralement, et bien que l'on ait décrit des cavités péritonéales sèches à l'ouverture, l'opérateur est mis en présence d'un épanchement.

Cet épanchement est, la plupart du temps, séro-sanguinolent, "évoquant un mécanisme de torsion" (MORLHIGEM) ; dans notre observation II l'épanchement est en effet décrit "séro-hématique". Mais dans notre observation I, il est seulement séreux. On voit donc que les trois types d'épanchement : séreux, séro-hématique, et purulent peuvent se rencontrer. A notre avis ce ne sont en fait que des stades successifs, en rapport direct avec le degré d'évolution des processus de gangrène.

La quantité de cet épanchement est fort variable ; elle va de la simple exsudation à la véritable inondation péritonéale. GUILLET a rapporté un cas avec un litre et demi de liquide, ce qui paraît tout-à-fait exceptionnel.

En 1927, SABRAZES de BORDEAUX, étudia le liquide péritonéal d'un volvulus de la vésicule opéré par JONCHERES : il y releva de nombreuses hématies, des polynucléaires granulo-gras-seaux, de nombreuses cellules monocytaires, et quelques cellules endothéliales.

Pour 100 éléments, on trouvait :

- 26 lymphocytes
- 47 polynucléaires neutrophiles
- 21 monocytes
- 3 cellules endothéliales.

Aucun microbe à l'examen direct, ou aux cultures. Donc réaction péritonéale aseptique. Ceci n'est valable que pour un volvulus opéré tôt, c'est-à-dire en règle générale dans les quarante-huit premières heures après le début du syndrome douloureux.

Les lésions péri-vésiculaires sont rares ; la péricholécystite exceptionnelle ; la vésicule est libre, dans la grande majorité des cas, ce qui facilite l'intervention.

Le foie ne semble pas touché par cette affection. On l'a parfois signalé comme augmenté de volume. DAUX a décrit des lésions de dégénérescence de la région juxta-hépatique. Dans notre observation II, il est scléreux et blanchâtre ; il nous semble bien en fait que, sauf dans les cas où l'intervention a été trop longtemps différée, l'affection se localise au cholécyste.

Les lésions vésiculaires proprement dites, sont suffisamment importantes macroscopiquement pour signer immédiatement le diagnostic "de visu". La vésicule, habituellement dissimulée par le bord antérieur du foie, est ici bien visible. Classiquement, on la compare à une aubergine dont elle aurait à la fois le volume, la couleur, et la consistance.

Le volume, toujours augmenté, est cependant variable : d'un oeuf de poule à une tête d'enfant, pouvant même atteindre 8 fois la taille normale (VIGNOLI). La vésicule apparaît véritablement distendue, énorme.

Sa couleur est presque toujours signalée, car elle est caractéristique : nos deux observations, parlent de l' "aspect d'une aubergine". La vésicule est effectivement rouge sombre, violette, noirâtre. On remarque parfois des taches vertes ou jaunes, qui correspondent en fait à des zones gangrennées.

Cette grosse vésicule est alors le plus souvent ponctionnée : on en retire un liquide noirâtre, mélange de bile et de sang, le tout plus ou moins putréfié, avec quelquefois des caillots ; la quantité de liquide est assez importante ; elle est proportionnelle au volume extérieur de la vésicule. Il est exceptionnel de trouver une vésicule distendue contenant peu de liquide (1 seul cas relate cet état de fait).

Ce liquide a une odeur putride, en rapport avec le temps d'évolution du processus pathologique ; en cas de retard à l'intervention, et de gangrène avancée, il peut être éminemment septique, l'infection évoluant à bas bruit, dans ce véritable vase clos que représente ce réservoir obturé.

Enfin, soit avant, soit après la ponction, on déterminera le mode de torsion : 90°, 260°, ou plus autour de l'axe du mésocyste ; dans le sens des aiguilles d'une montre, ou non. On a beaucoup discuté le fait que cette torsion est parfois complète, parfois incomplète, ou même tout-à-fait extraordinaire puisqu'on a signalé jusqu'à 4 tours de la vésicule autour de l'axe de son mésocyste. Reconnaissons que, bien que l'hypothèse de l'action du péristaltisme des organes voisins soit séduisante, elle n'explique pas totalement ces phénomènes. Dans nos deux observations, la torsion était complète, cas le plus fréquent (LEGER). On a signalé des cas où la vésicule se détend, "comme mue par un ressort", effectue un ou deux tours sur elle-même et cassant son pédicule, roule dans la salle d'opération (ROUHIER, DESBONNETS). Ces événements extraordinaires sont l'exception, et généralement, il est bien malaisé de déterminer exactement le degré du volvulus : le cystique est fragile, la voie d'abord souvent insuffisante, mal adaptée à la cholécystectomie curatrice, et l'urgence est pressante.

Et c'est ainsi que l'on a pu mettre en doute l'existence même du volvulus, au vu de quelques observations incomplètes. Cette grosse vésicule noirâtre, abominablement douloureuse, ne serait pour certains (OURA, THOMERET) que le siège d'une thrombose artérielle, ou veineuse. C'est alors qu'il nous faut aborder le chapitre des lésions microscopiques, car c'est là que résident les principaux arguments de l'accident vasculaire pur.

L'examen microscopique de la vésicule volvulée révèle ce que l'oeil soupçonnait : la structure de l'organe est méconnaissable, on est en présence d'une nécrose tissulaire très importante, avec infarctissement hémorragique diffus. On peut alors effectivement soutenir l'hypothèse d'une thromboartérite, ou d'une thrombophlébite ayant provoqué cet infarctissement nécrotique. Notre observation II est particulièrement instructive sur ce point : "les lésions veineuses sont plus importantes que les lésions artérielles" ceci est bien en faveur d'un accident thrombophlébitique pur. Mais on note aussi : "la nécrose vésiculaire est donc totale, de même âge quels que soient les endroits considérés. Donc, les deux systèmes artériels et veineux ont bien été intéressés en même temps par le même processus pathologique. Il paraît donc logique d'incriminer la torsion soupçonnée si on n'a pas fait sa vérification de visu, en pratiquant la cholécystectomie.

Bien que dans nos deux observations, on n'ait pas découvert de cellules cancéreuses, signalons que BROCC avait relevé des signes

de malignité lors de l'examen de la vésicule de sa malade. Peut-être devrait-on rechercher ces cellules monstrueuses au niveau du canal cystique lui-même, il n'est pas impossible qu'elles puissent jouer un rôle dans le déclenchement du volvulus ; mais ici nous rejoindrions la théorie hémodynamique de PAYNE, où une modification des courants vasculaires serait prépondérante.

Enfin, nous remarquerons que notre OBS. I rejoint les auteurs qui ont fait jouer un rôle à l'infection, car bien "qu'il ne semble pas qu'il existe des lésions infectieuses généralisées", on note cependant l'existence de "quelques amas de pyocytes". Ne seraient-ils pas dus aussi bien à la gangrène débutante ? La question reste posée.

Sans cependant rejeter l'hypothèse d'une thrombose brutale, artérielle ou veineuse, nous restons cependant persuadés que le volvulus de la vésicule biliaire existe, et qu'il est la principale cause de cette grosse vésicule aubergine, si caractéristique. Par ailleurs, nous admettons fort bien qu'il puisse y avoir intrication des deux phénomènes mécanique et vasculaire.

Signalons que l'école italienne (MAZZARELLI) a voulu démontrer un parallélisme entre la gravité des lésions microscopiques, leur retentissement sur l'état général et l'importance de la torsion. Des expériences faites sur le chien ont en effet révélé une certaine corrélation entre ces deux ordres de faits ; mais il ne semble pas que l'on puisse appliquer à l'homme les conclusions de ces chercheurs.

Pour eux, en effet, à partir de 2 tours le chien meurt obligatoirement ; il n'en est heureusement pas de même chez l'homme puisque des torsions de 4 tours ont parfaitement guéri.

L'évolution de ces lésions est évidemment gravissime : gangrène, éclatement vésiculaire, puis inondation de l'abdomen par le liquide septique, et péritonite. Mais, en dehors de cette évolution aiguë, rapidement mortelle si l'on n'intervient pas, on doit signaler des formes cliniques à évolution lente, presque chroniques, ainsi que le montre l'observation princeps de WENDEL, particulièrement remarquable puisqu'elle se poursuit pendant 2 mois avant l'intervention.

Rappelons qu'il est rarissime de découvrir des lésions gangreneuses de voisinage, tout au plus quelques fausses membranes dans les cas sévères ayant longtemps évolué. Ce fait est à noter, car il augure bien du pronostic.

TRAITEMENT DE L'AFFECTION - LES RESULTATS

La laparotomie a été pratiquée en fonction du diagnostic préopératoire. Si le diagnostic d'appendicite aiguë a été posé, on l'élargit automatiquement, au vu de l'appendice sain et aussi de l'épanchement intrapéritonéal quasi-constant ; ou bien (nos deux observations), on aura, dans le doute, effectué d'emblée une incision de JALAGUIER. Il semble cependant que la médiane sus-ombilicale préconisée par LEGER soit effectivement celle qui permet l'abord le plus satisfaisant.

C'est alors que au cours de l'exploration de l'abdomen, on découvre cette grosse vésicule aubergine ; le diagnostic de volvulus de la vésicule biliaire est fait : une seule solution la cholécystectomie.

"Aucune autre cholécystectomie" ne peut être faite plus facilement" di BARBER ; en effet, ici, pas d'adhérences pour gêner l'opérateur, mais une masse bien libre ; pas de vésicule plate et molle, mais une masse ferme, quoique fragile ; pas de cystique difficile à repérer mais le plus souvent un canalicule un peu grisâtre, un peu oedématié, d'autant plus aisément repérable qu'il est bien dégagé. Dans nos deux observations, elle n'a posé aucun problème.

La détorsion, en raison de la fragilité même du pédicule, et des accidents survenus a certains opérateurs, ne nous paraît pas souhaitable. Il est spécifié dans notre observation I qu'elle n'a pas été faite.

La ligature du cystique se pratique en zone saine (Observation I) ou à la limite des troubles vasculaires (Observation II), le plus souvent en masse, comme dans nos deux observations. On peut, tout aussi bien en lier séparément les éléments ; il semble que là encore, la technique ne soit que cas d'espèce. Dans tous les cas, bien vérifier

la voie biliaire principale, à la recherche d'une anomalie, cause d'une ligature mal posée. D'autre part, il y a toujours intérêt quand on intervient sur les voies biliaires, à faire une radiomanométrie peropératoire.

Le drainage, comme dans nos deux observations, est décidé à partir du moment où on trouve du liquide intrapéritonéal, ce qui représente la grosse majorité des cas. C'est à notre avis une sage précaution qu'il convient de conserver, malgré ce qu'en disent certains auteurs. Mais nous reconnaissons qu'il ne s'impose pas, à partir du moment où il n'y a pas d'affection péritonéale évidente.

°

° °

Les résultats de cette intervention sont bons, malgré des facteurs aussi peu favorables que l'âge généralement avancé des patients, la gravité de leur syndrome abdominal, et leur état général souvent tout juste conservé. Ils sont, à notre avis, conditionnés d'abord par le facteur temps, l'urgence est ici impérative : il faut intervenir, et le faire sans retard.

On rapporte généralement des taux de guérison de 70 pour cent environ (LEGER 72 %). Nos deux malades ont guéri très rapidement.

Les suites opératoires sont le plus souvent courtes et simples. Notons que notre malade de l'Observation II a fait une petite poussée thermique qui a d'ailleurs rapidement régressé. Le plus souvent, les complications sont représentées par des épanchements biliaires (MORLHIGEM) qui guérissent d'ailleurs aisément.

Dans les deux cas, le syndrome abdominal aigu, commande une intervention dont l'urgence, soulignée par la clinique, est seule salvatrice pour le malade.

oo0oo

CONCLUSIONS

Le volvulus de la vésicule biliaire est une affection rare. A propos de deux cas de volvulus de la vésicule biliaire, nous avons été amené à exposer nos connaissances actuelles sur cette affection rare et dont bien des aspects restent encore mystérieux.

Nos deux observations sont particulièrement typiques en ce qu'elles présentent un accident aigu, survenant sans prodromes chez des femmes âgées, en bonne santé apparente, mais amaigries, et de type longiligne.

L'une nous montre une douleur tenace, violente, continue : l'autre une évolution en deux temps déjà signalée dans la littérature. Toutes deux ont des vomissements et une réaction abdominale suffisamment importante pour imposer la laparotomie d'urgence.

Nous admettons que le volvulus est dû au péristaltisme des organes voisins, agissant sur une vésicule anormalement libre dans l'abdomen. Sans écarter une cause vasculaire, nous ne lui accordons cependant pas la première place.

L'évolution de ce syndrome est très grave, et le délai de quarante huit heures, dont nous avons parlé à propos de la date de l'intervention, nous apparaît particulièrement important, pour éviter une péritonite inéluctable et catastrophique.

Moyennant quoi, cette affection est parfaitement curable chirurgicalement, mais elle ne l'est que par ce mode.

L'intervention en elle-même, ne présente habituellement pas de difficulté majeure, et elle est le plus souvent remarquablement bien supportée par les malades.

Quand on connaît les difficultés et les dangers des interventions itératives sur les voies biliaires, il est préférable si cela est possible d'explorer le cholédoque au cours de l'intervention.

Dans les deux cas, le syndrome abdominal aigu, commande une intervention dont l'urgence, soulignée par la clinique, est seule salvatrice pour le malade.

oo0oo

Vu,
le 1er septembre 1965

Le Président de Thèse,
H. GERMAIN.

Vu,
le 7 septembre 1965

Le Doyen,
G. MEYNIEL.

Vu et Permis d'Imprimer N° 42/65
Clermont-Ferrand, le 7 septembre 1965

E. LAPALUS.

BIBLIOGRAPHIE

A

- 1) LEGER, DEBEYRE, MAZINGARBE
Volvulus de la Vésicule Biliaire
Journal de Chirurgie de PARIS, 1945, 61, 21; 36
(Bibliographie antérieure à 1945)

B

Bibliographie postérieure à 1945

- 2) BELL (D.M.) Torsion de la Vésicule Biliaire
Brith. Méd. Journ., 1955, 4904, 29-30
- 3) BOGLE (J.H.)
Gangrène de la Vésicule Biliaire, due à une torsion,
chez un enfant de 9 ans.
Am. J. Dis. Child. Av. 1955, 89, n°4, 484-485
- 4) BOUVET (M.)
Contribution à l'étude du Volvulus de la Vésicule Biliaire
Thèse Paris 1947
- 5) CALDWELL (K.E.S.)
Torsion de la vésicule biliaire
Brith. Méd. Journ. 1950, 4691, 1425
- 6) CARTER R., THOMPSON R.J., BRENNAN L.P., HINSCHAW
D.B. (Los-Angeles).
Volvulus de la Vésicule Biliaire
Surg. Gyné. Obst. 1963, 116, 105-108
- 7) CASE T.C.
Torsion aiguë de la vésicule biliaire
Am. J. Surgery déc. 1951, 82, n°6, 749-753

- 8) DABADIE J.
Volvulus de la Vésicule Biliaire chez l'enfant de 13 ans.
J. Médic. BORDEAUX août 1946, 123, 298
- 9) DIAMANT-BERGER
Volvulus de la Vésicule Biliaire
Sec. de Chir. de PARIS, 1954, 92-95
- 10) DOUTRE L.
Volvulus de la Vésicule Biliaire
BORDEAUX Chirurgical 1958, 1, 28-30
- 11) FORTY
Torsion de la Vésicule Biliaire
Brit. Méd. Journ. 1948, 4552, 1137
- 12) FRANKE et LIEBL
La Clinique de la vésicule biliaire tordue sur son pédicule
Zentral. Ffür. Chir. 1951, 76, 1261, 1268
- 13) GIOVELLI
Sur un cas de volvulus de la vésicule biliaire
Giornala italiani chirurgia (Naples) 1961, 17, 1
- 14) GUILLET
Choc opératoire par volvulus de la vésicule, chez une femme
enceinte à terme.
Féd. des Sec. de gynécologie et l'obs. de langue française
1954, 671-672
- 15) GROSS
Anomalies congénitales de la vésicule biliaire, revue de
128 cas avec une vésicule double
Arch. chir. 1956, 32, 131
- 16) KMENT
Sur un cas de volvulus partiel d'une vésicule biliaire flottante,
englobée dans la paroi abdominale
Zentral. fin chirur. Leipzig, 1951, 76, 467-474
- 17) KNORR
Volvulus de la vésicule biliaire avec sections d'organes
Zbl. chir. Leipzig 1961, 86, 20
- 18) LAGACHE et SOULIER
Volvulus de la vésicule biliaire
Lille Chirurgicale 1950, 28, 210, 211

- 19) MACHON
Sur un cas de volvulus de la vésicule biliaire.
Lille Chirurgical, 1956, 11, 140, 141.
- 20) MERCIER, BOLO et FOUQUES P. H.
Volvulus de la vésicule biliaire.
J. Chir. (PARIS) Sept. 1964, 88, 3 ; 177-182.
- 21) MERCADIER
Apoplexie vésiculaire.
Entretien de BICHAT 1953.
- 22) MONDOR
Volvulus de la vésicule biliaire.
Diagnostic urgent de l'abdomen 1960 ; 1034-1038.
- 23) MORLHIGEM
Contribution à l'étude du volvulus de la vésicule biliaire
Thèse BORDEAUX 1958, n° 23.
- 24) PERNOD
Volvulus de la vésicule biliaire
Fin Chirur. 12, 1958, 7046-A-10-1.
- 25) RAIS et THULIN
Volvulus de la vésicule biliaire
Acta. Chir. Scand. 1957, 113, 289
- 26) RAWSON
Torsion de la Vésicule biliaire chez un enfant de 12 ans.
Aust. and New. Zeel. Journ. Surg. 1953, 22, 4.
- 27) SABRAZES
Cytologie et bactériologie de la réaction péritonéale dans
le volvulus de la vésicule biliaire.
Recherches hématologiques. Anatomie pathologique de la
vésicule.
Gazette Hebd. des Sciences Méd. de BORDEAUX, 1927,
48, 481-484.
- 28) SKINNER
Torsion de la vésicule biliaire
Brith. Méd. Journ. 1953, 4835, 662.
- 29) SWYNNGEDAUW, LEGRAND et RAZEMON
Un cas de volvulus de la Vésicule biliaire.
Lille chir. 1953, 8, 195-196.

30) THOMPSON et DORNANDY

Torsion vésiculaire

Brith. J. Surg. 1959-47 202, 203-204

31) TEINTURIER et BARBIER

Volvulus de la vésicule biliaire

Maroc Médical, 1954, 33, 421-422

Stieltorsion der gallenblase

Torsion of the gallblader.

oOo

TABLE DES MATIERES

	<u>Page</u>
INTRODUCTION	1
- Les Observations	3
- Historique	7
- Rappel Anatomique	9
- Etiopathogénie	11
- Clinique	19
- Les lésions et leur évolution	27
- Traitement et résultats	31
CONCLUSIONS	33
BIBLIOGRAPHIE	35

